

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André BOYER

Né le 18 décembre 1910, à Méasnes (Creuse)

12

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TRAITEMENT
DES
PERFORATIONS ULCÉREUSES
GASTRO-DUODÉNALES

Président : M. B. CUNÉO, Professeur.

F. SOULISSE-MARTIN

IMPRIMEUR — NIORT

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André BOYER

Né le 18 décembre 1910, à Méasnes (Creuse)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU TRAITEMENT

DES

PERFORATIONS ULCÉREUSES

GASTRO-DUODÉNALES

Président : M. B. CUNÉO, Professeur.

F. SOULISSE-MARTIN

IMPRIMEUR — NIORT

==== 1936 =====

I. — Professeurs :

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie.	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MAURICE VILLARET
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire.	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice :

BÉNARD (HENRI)	DE GAUDART D'ALLAINES	LANTUEJOUL	PETIT-DUTAILLIS
BERNARD (ÉTIENNE)	GAYET	LAROCHE (GUY)	PIEDELIEVRE
BESANÇON (JUSTIN)	GIROUD	LEMAIRE	PORTES
BOULIN	HAGUENAU	LEVEUF	RICHET
BULLIARD	HALPHEN	M ^{lle} J. LEVY	SANNIE
CATHALA	HAZARD	LEVY-VALENSI	SENEQUE
CHEVALLIER	HUGUENIN	MOREAU	TROISIER
DOGNON	JOANNON	MOULONGUET	TURPIN
FEY	LABBE (HENRI)	MOUQUIN	VIGNES
GALLIARD	LACOMME	OBERLING	WILMOTH
GASTINEL			

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens :

ALGLAVE	CHAILLEY-BERT	LEROUX	NEVEU-LEMAIRE
BUSQUET			

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent :

ABRAMI	DUVOIR	CADENAT	VELTER
ALAJOUANINE	LIAN	GATELLIER	ECALLE
AUBERTIN	VALLERY-RADOT	HEITZ-BOYER	GUENIOT
BRULE	(Pasteur)	MOURE	LE LORIER
CHABROL	SEZARY	QUENU	LEVY-SOLAL
CHIRAY	BASSET	SCHWARTZ	METZGER
DONZELOT	BROCQ		

— Chargés de cours :

CHAILLEY-BERT,	LECOUX-LEBARD,	WEIL-HALLÉ,	RUPPE
----------------	----------------	-------------	-------

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MON GRAND-PÈRE

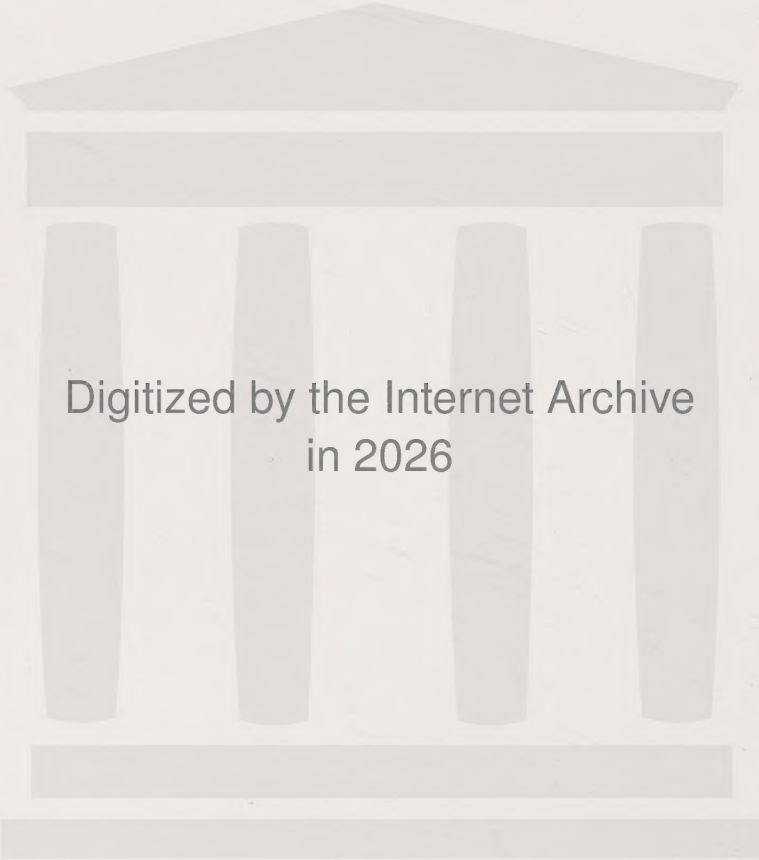
A qui je dois tout.

A MA MÈRE

En témoignage de ma profonde affection filiale.

A MES AMIS

87171



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152020_0108

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNÉO

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
de présider cette thèse.*

A NOS MAITRES :

MONSIEUR LE DOCTEUR G. RENON

Médaille d'Or de chirurgie des Hôpitaux de Paris,
Associé national de l'Académie de chirurgie,

En témoignage de notre profonde gratitude pour l'intérêt qu'il n'a cessé de nous porter.

MONSIEUR LE DOCTEUR H. LAFFITTE

Ancien interne des Hôpitaux de Paris,
Associé national de l'Académie de chirurgie,

Qui nous a guidé avec tant de bienveillance dans ce travail. Hommage de notre respectueux dévouement.

MONSIEUR LE DOCTEUR G. JOUBERT

Médecin de l'Hôpital de Niort,

En reconnaissance de l'excellent enseignement qu'il nous a donné.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DES PERFORATIONS ULCÉREUSES GASTRO-DUODÉNALES

INTRODUCTION

L'étude entreprise n'a pas pour but, à proprement parler, la défense d'une technique opératoire déterminée. Elle n'entend pas rejeter tel ou tel mode d'intervention, ni en ériger une autre en doctrine définitive.

Il est d'ailleurs difficile, sur un sujet aussi souvent discuté, d'avoir une opinion arrêtée et exclusive, car il existe des événements nombreux qui influencent la thérapeutique des perforations gastro-duodénales.

Ce sont, pour ne parler que des plus importants :

- 1° L'âge du malade.
- 2° L'heure à laquelle on intervient.
- 3° L'état de schock.
- 4° La dimension de la lésion.
- 5° Enfin les facilités dues à la technique propre.

Si tout le monde est d'accord pour pratiquer une intervention, aussi précoce que possible, il existe en effet des divergences de vues en ce qui concerne la conduite à tenir :

- 1° D'un côté se trouvent ceux qui veulent pratiquer une intervention définitive et complète : ceux-ci adoptent la gastrectomie.
- 2° De l'autre ceux qui sont partisans d'une intervention dans

laquelle on doit faire le minimum nécessaire. De ce fait, ils se contentent d'une simple suture de la perforation, sous réserve de réintervention radicale future.

3° Les partisans d'un juste milieu tiennent à réaliser d'abord une oblitération de la perforation par suture, ensuite une dérivation qu'ils estiment en partie suffisante : gastro-entérostomie, soit au fil, soit au bouton.

Lorsque la gastrectomie est possible : sujet jeune, perforation couverte, il faut la faire. Il faut aussi aller vite et l'on a l'impression que bien des malades ne pourraient supporter autre chose qu'une suture. Chaque façon de procéder trouve pour elle de puissants arguments de défense. Quoi qu'on en dise, la mortalité immédiate des gastrectomies systématiques est plus élevée que celle des sutures. L'idéal serait peut-être de faire le minimum d'abord, de suturer simplement la perforation, et, lorsque le malade serait en état de mieux supporter les frais d'une intervention plus sévère, de faire le maximum, c'est-à-dire la gastrectomie.

On est cependant obligé de tenir compte d'un facteur caractérisant la clientèle de campagne à laquelle nous avons affaire. Ces malades montrent en effet une répugnance marquée pour toute intervention et seraient encore plus récalcitrants devant une réintervention, surtout s'ils se trouvaient, comme il est logique de le prévoir, soulagés par une simple suture.

On est donc conduit à penser que la suture simple des perforations gastro-duodénales, accompagnée d'une gastrectomie complémentaire, est peut-être un procédé très défendable à condition toutefois que les résultats éloignés ne soient pas par trop défavorables.

A l'appui de cette thèse, nous avons relevé toutes les perforations gastro-duodénales traitées à l'Hôpital de Niort depuis 1910, par les docteurs Renon et Laffitte. C'est la statistique intégrale d'un service que nous apportons. Nous avons eu la bonne fortune de pouvoir retrouver un grand nombre des malades opérés. La plupart d'entre eux ont été radiographiés et, de ce fait, nous

pouvons faire avec assez de précision le bilan des résultats tardifs donnés par les différentes interventions, tout en ne perdant pas de vue que les auteurs ont donné la préférence à la suture de la perforation complétée par la gastro-entérostomie au bouton. Celle-ci en effet a été pratiquée dans les deux tiers des cas. Le bouton leur a semblé préférable à la suture au fil par la rapidité de son exécution, par les ouvertures peu importantes qu'il nécessite pour sa mise en place et par la vidange de l'estomac dès les jours qui suivent.

Nous étudierons ainsi :

- 1° Les conditions dans lesquelles les malades sont opérés.
- 2° Les quelques détails des différentes techniques employées.
- 3° Les soins post-opératoires.

Nous nous efforcerons enfin d'étudier avec soin les résultats immédiats et surtout les suites éloignées.

Par la comparaison des uns et des autres, dans les différentes techniques, nous essaierons de voir si la préférence qu'ont donnée les auteurs à la suture de la perforation complète par la gastro-entérostomie au bouton est vraiment justifiée.

CONDITIONS OPÉRATOIRES

Nous ne voulons nullement présenter la symptomatologie des ulcères gastro-duodénaux perforés, chapitre bien connu et classique; nous voulons simplement poser les conditions générales dans lesquelles les malades sont opérés.

Il n'est pas douteux que la chirurgie pénètre chaque jour dans l'esprit des malades et qu'on peut les opérer plus précocement.

L'heure à laquelle on intervient, facteur essentiel de réussite, fut la suivante pour les cas où elle fut retrouvée.

Nous avons 73 cas de perforations gastro-duodénales.

Perforations datant de moins de 12 heures.....	46
— entre 12 et 48 heures.....	14
— de plus de 48 heures.....	8

La mortalité dans l'ensemble est du quart environ au-dessous de 12 heures, de la moitié entre 12 et 48 heures, de 9/10 au-dessus de 48 heures.

Le siège, élément qui n'est pas négligeable, autant pour les facilités d'abord que par les tendances plus ou moins calleuses qu'il entraîne, fut de :

26 duodénales,
30 juxta-pyloriques,
17 stomacales.

Nous pourrions envisager de même la *fréquence* des perforations suivant le siège par rapport à l'âge. Nous ne pensons pas que cet examen serait de bien gros intérêt dans tous ces détails. Remarquons seulement que les stomacales sont l'apanage des gens âgés. Notons également que nous avons un nombre sensiblement égal de malades perforés au-dessous de cinquante ans et au-dessus.

TECHNIQUE

Si nous passons aux différents modes de techniques qui ont été employées, nous voyons que :

les sutures avec bouton viennent en tête avec 59 cas;
ensuite les sutures simples avec 15;
puis les anastomoses avec 6;
les résections avec 4;
enfin, les laparotomies avec tamponnements, sans traitement gastro-duodénal proprement dit, avec 2.

ANESTHÉSIE

En règle générale, l'anesthésie fut donnée à l'éther et ceci surtout jusqu'en l'année 1933. A partir de cette date, nous avons utilisé un certain nombre de fois la *percaïne*, et cette anesthésie a donné pleine satisfaction, mais sous certaines conditions. Il ne faut pas d'abord que le malade soit trop shocké, et il ne faut pas atteindre des doses aussi importantes que celles qui sont préconisées; rarement il a été donné plus de 12 centimètres cubes de percaïne Hypobare, injectés lentement (dix minutes) au niveau de L 1, L 2. Cette anesthésie, très suffisante, permet une rapidité d'exécution par suite de la flaccidité de la paroi et de la souplesse de l'estomac. Il ne peut être question, sauf dans les cas très rares, d'anesthésie locale, car la défense abdominale ne peut être vaincue avec de simples injections de cocaïne.

En outre, cette anesthésie permet d'éviter des complications d'ordre pulmonaire qui peuvent survenir assez fréquemment surtout chez les malades âgés qui forment, comme nous l'avons vu, un nombre déjà très important.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

La *laparotomie médiane sus-ombilicale* permet d'explorer et de traiter toutes les lésions gastro-duodénales. Elle fut employée pour ainsi dire toujours. Une seule fois, il a été fait volontairement une incision transversale droite parce que la douleur était très externe, et de fait, il s'agissait d'une perforation de l'angle duodéal D 1, D 2.

Le ventre ouvert, quelques bulles d'air s'échappent d'une zone rouge vernissée au niveau d'une couche gluante : là se trouve la perforation. Remarquons en passant que les auteurs avaient noté la *gravité des perforations de grand diamètre*.

Il existe des cas où les perforations sont *bouchées*, et par une petite fissure s'est produite la péritonite. La languette hépatique le plus souvent a fourni le clapet. Ce sont des cas favorables dans lesquels on peut se permettre une intervention importante : gastrectomie.

Signalons à ce sujet que 4 fois la résection fut faite, 2 fois une gastrectomie, 2 fois une résection en selle. Nous n'insistons pas sur ces techniques qui n'offrent rien ici de particulier.

OBTURATION

Si la résection n'est pas faite d'emblée, les auteurs se préoccupent de l'obturation. Celle-ci fut réalisée le plus souvent de la façon suivante :

— Un *point en croix* passant au travers des tissus calleux rétrécit tant bien que mal l'orifice.

Ce point serait nettement insuffisant si l'on n'y adjoignait un *autre plan (séro-musculaire)* obtenu par plissement des parties voisines saines situées de part et d'autre de l'ulcère. Le procédé que nous avons vu employer nous a semblé satisfaisant. Il consiste à passer 5 à 6 points de fil dans l'épaisseur des tuniques

duodénales et gastriques, situées à droite de l'ulcère, c'est-à-dire dans la partie qui est le plus souvent immobile et fixée. Momentanément, les bouts de fil sont maintenus avec des pinces pour éviter de les embrouiller; avec une aiguille courbe de Reverdin, on prend une quantité de tissu situé à gauche de l'ulcère, à bonne distance de la lésion; on passe un des chefs, mais on ne fait pas le nœud, on procède ainsi pour tous les brins. Lorsque tous ont décrit leur trajet de chaque côté de l'ulcère, on les serre successivement et on les noue.

Ce procédé à l'avantage de ne pas couper un tissu friable, de passer des fils dans une zone libre et n'échappant pas à la vue par des points antérieurement placés. Lorsque l'oblitération est complètement réalisée, rien n'empêche de ramener une portion épiploïque libre sur cette zone.

ANASTOMOSE

Lorsque cette oblitération est terminée, se pose alors la question de l'anastomose. Quelquefois, elle fut réalisée au fil de lin (il ne s'agissait en pareils cas que de perforations punctiformes tout à fait au début, permettant de faire quelque chose de définitif pour un ulcère du duodénum pour lequel on supposait que cette intervention serait suffisante). Dans ces cas, on pratiqua la technique du bord à bord qui est le mode de suture employée systématiquement par les docteurs Renon et Laffitte dans leur chirurgie gastro-intestinale.

Le plus souvent, les auteurs ont employé l'anastomose au *bouton de Jaboulay*. Pour que cette technique ait un intérêt, il faut qu'elle soit menée très rapidement.

Voici comment les auteurs, qui en ont une grande habitude, procèdent en pareil cas :

Ils emploient toujours le *grand modèle* conservé dans l'huile de paraffine stérile, ce qui facilite l'introduction.

a) *Introduction*. — Chaque élément est pris dans une pince de Terrier, assez près de la petite gorge située sur le pas de vis. En

principe, l'élément mâle est réservé à l'estomac, l'élément femelle à l'intestin. Le point essentiel est de faire une *effraction aussi faible* que possible au niveau des tuniques intestinales.

On commence par l'estomac. Un pli dans la partie inférieure de l'antré pylorique est saisi avec une pince de Chaput. A une faible distance de cette pince, on fait, avec l'extrémité d'une paire de ciseau pointu, une encoche de 4 millimètres environ dans une zone avasculaire. A ce moment, on aperçoit au fond la muqueuse. On la saisit avec une pince à griffes; avec la pointe des ciseaux précités, on fait un minuscule orifice, juste de quoi pouvoir passer une des branches d'une pince de Chaput, l'autre branche restant en dehors de l'estomac, ce qui fait que la pince prend ainsi toute l'épaisseur des tuniques. La pince à disséquer, qui jusqu'à présent avait soulevé le petit cône muqueux, s'insinue dans l'intérieur de l'estomac et saisit l'angle opposé en prenant toutes les tuniques. On a donc une fente de quelques millimètres que l'on peut agrandir par traction douce, en écartant ces deux pinces. Il faut alors faire très attention à ne pas exagérer cette manœuvre. La pince de Chaput est confiée à l'aide qui la tient perpendiculaire à la table, la tête en bas, très fermement. L'opérateur a dans sa main gauche la pince à disséquer qui doit rester parallèle à celle confiée à l'aide. A ce moment, la main droite de l'opérateur s'empare du bouton monté sur une pince de Terrier, engage l'encoche en ayant soin de prendre toutes les tuniques. Quand le bouton est suffisamment engagé, on enlève la petite pince de Chaput que l'on place à 1 cm. 1/2 environ du bouton et qui tient fermement en l'air l'étoffe stomacale. La pince à griffe lâche également sa prise et il ne reste plus qu'à faire décrire au bouton le mouvement de rotation dans le sens des aiguilles d'une montre, pour augmenter et achever son introduction. Quand il tourne librement, on enlève la pince qui servait à le manœuvrer et on met une compresse sur l'estomac ainsi traité. Rappelons que la difficulté est de faire le trou le plus petit possible, pour que le bouton pénètre bien dans l'intérieur de l'estomac et non entre la muqueuse et la séreuse. Si la manœuvre est très juste et si l'état des tissus le permet, on n'observe ni

hémorragie, ni rupture des tissus intestinaux nécessitant un surjet pour obturer une faille ou une déchirure.

On procède de même pour le jéjunum en employant une anse relativement courte. Les mêmes précautions sont à observer. Toutefois, remarquons la souplesse beaucoup plus grande des tuniques jéjunales qui ne sont pas le siège d'inflammation ou d'œdème.

b) *Fermeture du bouton.* — Cette partie de l'intervention nous a paru intéressante à étudier, parce qu'elle n'est pas toujours aussi facile qu'on pourrait l'imaginer à première vue. La difficulté provient de la mauvaise incidence des axes des éléments du bouton, et de la gêne à saisir les tuniques qui glissent entre les doigts parce que recouvertes d'un liquide gluant et huileux.

Pour y parvenir il faut, en soulevant avec deux petites pinces de Chaput le tissu à 1 centimètre des éléments, les mettre en regard, placer une compresse derrière l'estomac et le jéjunum, engager le premier plan et serrer fortement entre le pouce et les autres doigts pendant que la main opposée aide dans cet effort. Un point au fil de lin fixe la séreuse stomacale à la brèche mésocolique.

DRAINAGE

S'il y a une grande quantité de liquide épanchée, on donne un coup d'aspirateur, car le drainage ne semble pas être indispensable (les statistiques donnent d'ailleurs les mêmes résultats avec ou sans lui). De plus, un cas d'occlusion a été noté par fixation des anses autour du drain pubien.

SUTURE

La suture des plans se fait au catgut pour le péritoine, aux crins pour les plans aponévrotiques, aux agrafes pour la peau.

SOINS POST-OPÉRATOIRES

Ce chapitre ne doit pas être négligé, car l'intervention n'est pas tout, et bien des soins post-opératoires ont amélioré considérablement les suites des opérés. Il est entendu que tous les malades ont reçu les *toni-cardiaques habituels*, ainsi que des injections sous-cutanées de *sérum salé*. Peu à peu, on y adjoint du *sérum de Vincent*. Son indication majeure est l'état trouble du liquide abdominal.

Le *sérum salé hypertonique intra-veineux* est maintenant pratiqué systématiquement depuis deux ans, à raison de 250 centimètres cubes par vingt-quatre heures pendant trois jours. Son action n'est pas douteuse.

Quelquefois il est nécessaire de faire des *injections intra-veineuses d'ouabaine* surtout chez les gens âgés, au myocarde fatigué, ayant été opérés tardivement.

Une pratique qui a semblé influencer très heureusement les suites est celle du *lavage de l'estomac*, chaque fois que le malade a des nausées. A plus forte raison, si l'estomac clapote à la percussion de l'épigastre. D'ailleurs, il ne faut pas attendre les vomissements, d'autant que ce lavage est extrêmement bénin.

En ce qui concerne les vomissements, remarquons que les anastomoses au bouton drainent très bien la cavité gastrique, lorsque celui-ci est convenablement placé. En effet, malgré l'orifice de dimension modeste du bouton, il existe en quelque sorte un tube béant, rigide, tout disposé à laisser passer le liquide de l'estomac dans le jéjunum.

RÉSULTATS IMMÉDIATS

Les résultats immédiats sont étroitement liés à la précocité de l'intervention. Il est évident que cette question d'horaire est l'élément essentiel, plus encore que la technique elle-même.

Nous allons considérer, tout d'abord, les résultats globaux de cette statistique, comprenant 73 cas.

Sur ces 73 cas, l'examen des observations montre que l'on connaît, d'une façon à peu près exacte, l'horaire dans 68 cas :

— Avant 12 heures : 46 cas (12 morts, 34 guérisons, soit les $\frac{3}{4}$ environ).

— Entre 12 et 48 heures : 14 cas (7 morts, 7 guérisons).

— Après 48 heures : 8 cas (7 morts, 1 guérison).

Envisageons maintenant les résultats suivant les techniques employées :

— La *suture avec anastomose* au bouton donne, sur 48 cas, 32 guérisons et 16 morts.

Et si nous examinons, dans un tableau comparatif, les résultats suivants l'horaire, nous avons :

— Avant 12 heures : 35 cas (9 morts, 26 guérisons).

— Entre 12 et 48 heures : 12 cas (7 morts, 5 guérisons).

— Après 48 heures : 1 cas (une mort).

La *suture simple* donne :

— 5 guérisons et 9 morts.

Il faut remarquer qu'il s'agissait certainement des cas les plus mauvais, où l'opérateur était handicapé par un état général très grave, d'où nécessité de conserver le malade sur la table d'opération le moins de temps possible, ce qui ne lui permettrait même pas de mettre un bouton.

L'*anastomose au fil*, comme pour une intervention à froid avec la suture, donne :

— 5 cas (5 guérisons).

Ici nous pouvons faire la remarque inverse des cas précédents. Il s'agissait de malades jeunes, non shockés, résistants, chez lesquels les opérateurs ont pensé avoir largement le temps de faire une intervention minutieuse et complète. Leur prévision ne s'est pas, comme on le voit, trouvée en défaut.

Les interventions plus importantes sont au nombre de 4 : 2 *résections en selle* pour des ulcères de la petite courbure, chez des malades âgés et shockés, ont donné 2 morts ; 2 *gastrectomies* : 1 Polya, 1 Billroth, ont donné 2 guérisons. Il s'agissait de 2 perforations couvertes chez lesquelles l'infection péritonéale était réduite au minimum.

Ce qu'il est intéressant de constater, c'est que le pourcentage des guérisons des malades opérés par suture et anastomose au bouton est *sensiblement* le même que celui de la statistique générale, soit les trois quarts, en ce qui concerne les cas vus avant douze heures, qui sont les plus nombreux.

SUITES ÉLOIGNÉES

La littérature moderne foisonne de statistiques relatives aux suites éloignées données par les différentes techniques pour les ulcères gastro-duodénaux perforés. Dans l'ensemble, les auteurs constatent que les gastrectomies donnent beaucoup plus de sécurité. C'est certain, mais il est peut-être intéressant d'examiner ces résultats éloignés en ne perdant pas de vue les suites immédiates et de la mortalité primitive. Nous avons une statistique très restreinte de gastrectomies; elle nous intéresse donc peu, tout comme les cas simplement suturés ou ceux qui ont été gastro-entérostomisés suivant la technique habituelle en trois plans au fil de lin.

Au contraire, il nous paraît intéressant d'examiner *les suites éloignées des malades qui ont été opérés avec le bouton de Jaboulay*. Nous avons eu des nouvelles de 24 cas sur 34. Tous vont très bien, sauf 4, soit une proportion de 1/6 de résultats médiocres. Voici ces cas que nous rappellerons brièvement :

OBS. 7. — Syndrome de perforation survenant longtemps après l'intervention (plusieurs années). Le malade est transporté à l'hôpital, mis en observation et tout s'arrange en quelques heures. Le contrôle radiographique montre que l'évacuation se fait presque toute par le pylore.

OBS. 33. — Au bout de trois ans, le malade fait une nouvelle perforation qu'on obture aussi bien qu'on le peut avec épiploo-plastie. Depuis lors, aucun trouble, mais l'évacuation se fait par le pylore.

OBS. 40. — Le malade revient avec un syndrome de sténose. L'examen radiologique montre l'imperméabilité du pylore et de la bouche qui présente encore son bouton. On enlève ce bouton et l'on fait une anastomose correcte postérieure trans-mésocolique. Le malade jouit à l'heure actuelle d'une excellente santé.

OBS. 63. — La malade est opérée d'un ulcère perforé de la région duodéno-pylorique. On fait une gastro-entérostomie au bouton et tout

va bien pendant trois mois. Mais, depuis, la malade présente des douleurs qui sont dues à l'existence d'un ulcus peptique du jéjunum. Cette malade subit une résection de la bouche avec nouvelle gastro-entérostomie, la résection étant rendue impossible par l'adhérence totale de toute la région duodéno-pylorique au pancréas. La malade, après quelques jours d'évolution normale, présenta un syndrome de collapsus cardiaque avec vomissements incoercibles. L'autopsie fut d'ailleurs faite : elle ne montra rien d'anormal, tout en étant parfaitement libre au point de vue orificiel.

De ces 4 malades, nous pouvons rapprocher le dernier cas médiocre parmi tous ceux que nous avons revus (obs. 70) :

Il s'agissait d'un ulcère de la petite courbure qui fut *réséqué* et auquel on fit une anastomose au bouton.

Le malade fit une perforation, on se contenta de l'obturer et, un an après, ce même malade fut transporté d'urgence pour une hématoméose importante qui nécessita des soins pendant quelques jours. On fit une gastrectomie. Depuis lors le malade va très bien.

Cette observation est intéressante à plusieurs titres :

a) Elle a montré la persistance du principe ulcéreux, malgré le bon fonctionnement de la boucle et la résection de l'ulcère primitif.

b) Elle nous a permis de vérifier, de visu, la perfection de la boucle créée par le bouton qui était parfaitement souple et dont le calibre admettait facilement le pouce.

Les 20 malades qui ne se plaignent d'aucune douleur et d'aucun trouble ont été passés pour la plupart à la radio. Sur 18 cas qui ont été examinés, on note :

— 8 cas où toute la bouillie passe par l'anastomose;

— 6 cas où tout passe par le pylore;

— 4 cas où la bouillie passe et par l'anastomose et par le pylore.

Il est curieux de noter que la vidange par le pylore, l'anastomose, ou les deux, ne semble pas se manifester ainsi par des signes propres pouvant attirer l'attention.

CONCLUSION

Il est certain que la gastrectomie, si elle était possible dans tous les cas, serait le traitement de choix, et l'on est enfin impressionné par une statistique comme celle que Judine présentait, en 1933, à la Société de Chirurgie. Toutefois, il ne faut pas simplement considérer les suites éloignées. On doit se souvenir que les interventions se font encore souvent après douze heures, et chez des malades particulièrement choqués qui seraient incapables de supporter une intervention idéale, certes, mais trop importante.

Si l'on avait la faculté de pouvoir réopérer les malades, on pourrait se contenter d'une suture et faire ultérieurement une gastrectomie; mais nous avons constaté que nous n'avons revu les malades opérés qu'avec peine, et que ces malades n'auraient pas accepté certainement une nouvelle intervention.

Aussi pensons-nous que la première obligation du chirurgien est d'abord de guérir son malade d'une affection grave, et de diminuer ainsi autant que possible la mortalité des suites immédiates. Rien n'empêche le chirurgien de compléter la suture obligatoire par la mise d'un bouton de Jaboulay qui ne demande que quelques instants. Toutefois, si l'on veut éviter des ennuis ultérieurs, comme la retenue du bouton au niveau de l'anastomose, que nous avons observée seulement une fois, il importe de le mettre avec grand soin; c'est pour cette raison que nous avons développé plus particulièrement dans ce travail la mise en place de ces deux éléments et leur jonction. Ainsi nous rejoignons les conclusions de Favre dans la thèse de Lyon, 1928.

OBSERVATIONS

OBS. 1. — Femme de cinquante-sept ans, ayant présenté des crises antérieures. A l'arrivée, pas de douleur, pas de contracture, pas de vomissement. A l'intervention, découverte d'une perforation de la paroi postérieure de l'estomac avec collection hématique de l'arrière-cavité. On fait une suture avec capitonnage. Pas de drainage. La malade meurt.

OBS. 2. — Homme de soixante-quatre ans, ayant présenté des crises antérieures. A l'arrivée, pas de douleur, pas de contracture, pas de vomissement. A l'intervention, on trouve une perforation couverte d'un ulcère de la petite courbure. Pas de drainage. Le malade sort guéri.

OBS. 3. — Homme de quarante-sept ans. Pas d'antécédents. Pris, dix-huit heures auparavant, de douleur avec contracture; pas de vomissement. A l'intervention, découverte d'une perforation d'ulcère de la petite courbure. On fait une suture avec drainage. Le malade meurt.

OBS. 4. — Homme de cinquante-deux ans. Pas d'antécédents. Pris, quarante-huit heures auparavant, de douleur. A l'arrivée, souffre dans la fosse iliaque droite, pas de contracture, pas de vomissement. A l'intervention, ulcère du duodénum avec péritonite enkystée. On fait une laparotomie avec fistule appendiculaire sans drainage. Le malade meurt.

OBS. 5. — Femme de quarante-neuf ans. Pas d'antécédents. Prise, quarante-huit heures auparavant, de douleur. A l'arrivée, la douleur persiste, pas de contracture, pas de vomissement. A l'intervention, on trouve une vaste perforation d'ulcère de la petite courbure. On fait une suture avec drainage. La malade meurt.

OBS. 6. — Homme de trente-cinq ans. Pas d'antécédents. Souffre depuis huit jours. A l'arrivée, la douleur persiste avec contracture sans vomissement. A l'intervention, on trouve une large perforation duodénale. On fait une suture avec drainage. Le malade meurt.

OBS. 7. — Homme de quarante-deux ans. Pas d'antécédents. Douleur vive deux heures auparavant. A l'arrivée, la douleur est toujours aussi intense et la contracture très marquée, pas de vomissement. A l'inter-

vention, on trouve une perforation lenticulaire du duodénum. On fait une suture au bouton. Drainage par lames de caoutchouc. Le malade sort guéri. Revu au bout de sept ans, en excellente santé. Alerté, il y a six mois. L'examen radiologique montre une évacuation par la bouche.

OBS. 8. — Homme de vingt et un ans. A eu des crises antérieures. Pris, quatre heures et demie auparavant, de douleur. A l'arrivée, souffre toujours, présente de la contracture, mais n'a pas de vomissement. A l'intervention, découverte d'une perforation lenticulaire d'ulcère calleux de la petite courbure. On fait une suture au bouton sans drainage. Le malade sort guéri. Dix ans après, le malade est en excellente santé.

OBS. 9. — Homme de trente-huit ans. A déjà présenté des crises antérieures depuis un mois. A l'arrivée, douleur avec contracture sans vomissement. A l'intervention, on trouve une perforation couverte du duodénum. On fait une anastomose sans drainage. Le malade sort guéri.

OBS. 10. — Homme de cinquante ans. Pas d'antécédents. Pris, douze heures auparavant, de douleurs qui persistent à l'arrivée. Contracture, sans vomissement. A l'intervention, on trouve une perforation du duodénum. On fait une suture au bouton sans drainage. Le malade sort guéri. Le malade est revu au bout de neuf ans et demi, en excellente santé. Ne suit aucun régime. A l'examen radiologique, évacuation par la bouche et le pylore.

OBS. 11. — Homme de vingt-quatre ans. N'a jamais souffert. Vient avec une douleur très vive, de la contracture, mais pas de vomissement. A l'intervention, on trouve une perforation du duodénum. On fait une suture avec drainage. Le malade sort guéri.

OBS. 12. — Homme de trente-huit ans. A déjà eu des crises antérieures. Pris, quatre heures auparavant, de douleur. A l'arrivée, douleur très vive avec contracture extrêmement marquée, pas de vomissement. A l'intervention, on trouve une perforation lenticulaire juxta-pylorique. On fait une suture au bouton avec drainage. Le malade sort guéri. Revu au bout de huit ans, en excellente santé. Pas de douleurs, pas de vomissements. Suit un régime. Examen radiologique : évacuation par le pylore.

OBS. 13. — Homme de soixante-trois ans. Pas d'antécédents. Pris quarante-huit heures auparavant. A l'arrivée, douleurs très vives,

contracture très marquée, pas de vomissement. A l'intervention, on trouve une perforation juxta-pylorique. On fait une suture avec drainage. Le malade meurt.

Obs. 14. — Homme de trente-neuf ans. Pas d'antécédents. Souffre depuis trois jours. A l'arrivée, douleur avec contracture très marquée et vomissements. A l'intervention, on trouve une perforation lenticulaire du duodénum. On fait une suture avec drainage. Le malade meurt.

Obs. 15. — Homme de trente-cinq ans. Pas d'antécédents. Pris, vingt-quatre heures auparavant, de douleurs qui persistent à l'arrivée, avec contracture, sans vomissement. A l'intervention, on trouve une perforation juxta-pylorique. On fait une suture au bouton sans drainage. Le malade meurt.

Obs. 16. — Femme de cinquante-six ans. Pas d'antécédents. Prise, vingt-quatre heures auparavant, de douleurs qui persistent à l'arrivée, avec contracture, sans vomissement. A l'intervention, on trouve une perforation de la paroi postérieure de l'estomac. On fait une suture sans drainage. La malade sort guérie. Revue au bout de sept ans, en excellente santé. Pas de douleurs, pas de vomissements. Un peu de diarrhée. Ne suit aucun régime. L'examen radiologique montre que tout passe par la bouche.

Obs. 17. — Femme de trente-six ans. Pas d'antécédents. Prise, douze heures auparavant, de douleurs qui persistent à l'arrivée, avec contracture sans vomissement. A l'intervention, on trouve une très large perforation juxta-pylorique. On fait une suture avec anastomose sans drainage. La malade sort guérie.

Obs. 18. — Homme de soixante et onze ans. A déjà eu des crises. Pris, quatre heures auparavant, de douleurs qui sont très vives à l'arrivée, contracture et vomissements. A l'intervention, on trouve une perforation d'ulcère calleux juxta-pylorique. On fait une suture sans drainage. Le malade sort guéri.

Obs. 19. — Homme de trente ans. Pas d'antécédents. Pris, vingt-quatre heures auparavant, de douleurs qui sont extrêmement vives à l'arrivée, avec contracture très marquée, sans vomissement. A l'intervention, on trouve une perforation lenticulaire d'ulcère calleux duodénal. On fait une suture au bouton sans drainage. Le malade meurt.

OBS. 20. — Homme de soixante-dix-neuf ans. Pas d'antécédents. Pris, six heures auparavant, de douleurs qui sont très vives à l'arrivée, avec contracture très marquée et vomissements. A l'intervention, on trouve une perforation juxta-pylorique. On fait une suture au bouton sans drainage. Le malade meurt.

OBS. 21. — Homme de soixante ans. A déjà souffert antérieurement. Pris, depuis douze heures, de douleurs qui persistent à l'arrivée, contracture très marquée, pas de vomissement. A l'intervention, on trouve une large perforation juxta-pylorique. On fait une suture au bouton avec drainage. Le malade meurt de pneumonie.

OBS. 22. — Homme de trente et un ans. A déjà souffert autrefois. Pris, dix heures auparavant, de douleurs qui sont très vives à l'arrivée, avec contracture et pas de vomissement. A l'intervention, on trouve une perforation punctiforme duodénale. On fait une suture au bouton sans drainage. Le malade sort guéri. Revu au bout de quatre ans et demi, en excellente santé. Quelques aigreurs. Aucun régime. Examen radiologique montrant une évacuation par la bouche et le pylore.

OBS. 23. — Homme de cinquante-sept ans. A déjà souffert de l'estomac. Pris, deux heures et demie auparavant, de douleur. A l'arrivée, la douleur est très vive, la contracture très marquée, pas de vomissement. A l'intervention, on trouve une perforation lenticulaire d'ulcère calleux de la petite courbure. On fait une suture au bouton avec drainage. Le malade sort guéri.

OBS. 24. — Homme de quarante-quatre ans. Pas d'antécédents. Pris, quatre heures auparavant, de douleurs qui sont très vives à l'arrivée, avec contracture très marquée, pas de vomissement. A l'intervention, on trouve une large perforation duodénale. On fait une suture au bouton avec drainage. Le malade meurt.

OBS. 25. — Homme de soixante-neuf ans. Pas d'antécédents. Pris, trois heures auparavant, de douleurs qui persistent à l'arrivée, avec contracture et vomissements. A l'intervention, on trouve une énorme perforation juxta-pylorique. On fait une suture avec drainage. Le malade meurt d'urémie.

OBS. 26. — Femme de soixante ans. A déjà souffert de l'estomac. Prise trois jours auparavant. A l'arrivée, souffre, contracture, vomissements. A l'intervention, on trouve une perforation d'ulcère calleux

duodénal. On fait une suture avec drainage. La malade sort guérie. Revue au bout de six ans, en excellente santé. Examen radiologique montrant une évacuation par la bouche.

OBS. 27. — Homme de soixante et un ans. A déjà souffert. Pris, vingt-quatre heures auparavant, de douleurs qui persistent à l'arrivée, avec contracture très marquée, sans vomissement. A l'intervention, large perforation d'ulcère calleux juxta-pylorique. On fait une suture au bouton avec drainage. Le malade meurt.

OBS. 28. — Homme de soixante-deux ans. A déjà souffert. Pris, quarante-huit heures auparavant, de douleurs qui persistent à l'arrivée, avec contracture très marquée, sans vomissement. A l'intervention, on trouve une perforation duodénale. On fait une suture avec drainage. Le malade meurt d'urémie.

OBS. 29. — Homme de quarante ans. A déjà eu des crises. Pris, vingt-quatre heures auparavant, de douleurs qui persistent à l'arrivée, avec contracture et vomissements. A l'intervention, on trouve une perforation juxta-pylorique. On fait une suture avec drainage et le malade meurt.

OBS. 30. — Femme de trente-sept ans. A déjà souffert de l'estomac. Prise, six heures auparavant, de douleurs qui sont très vives à l'arrivée, avec contracture très marquée, sans vomissement. A l'intervention, on trouve une perforation d'ulcère calleux juxta-pylorique. On fait une suture au bouton sans drainage. La malade sort guérie. Revue au bout de trois ans et demi. Aucun trouble. Pas de régime. A l'examen radiologique, tout passe par la bouche.

OBS. 31. — Homme de trente ans. Pas d'antécédents. Souffre depuis quatorze ans de douleurs qui subsistent à l'arrivée, avec contracture très marquée et vomissements. A l'intervention, perforation punctiforme de la face antérieure de l'estomac. On fait une suture au bouton avec drainage. Le malade sort guéri. Revu au bout de trois ans et demi. Aucun trouble. Pas de régime. A l'examen radiologique, tout passe par la bouche.

OBS. 32. — Homme de quarante ans. Souffre de l'estomac depuis longtemps. Pris, six heures auparavant, d'une douleur qui persiste à l'arrivée, avec contracture très marquée et vomissements. A l'intervention, on trouve une large perforation juxta-pylorique. On fait une suture au bouton avec drainage. Le malade meurt.

OBS. 33. — Homme de trente-cinq ans. A déjà eu des crises antérieures. Pris, trois heures et demie auparavant, de douleurs qui sont très vives à l'arrivée, avec contracture, sans vomissement. A l'intervention, on trouve une perforation lenticulaire d'ulcère calleux juxta-pylorique. On fait une suture au bouton sans drainage. Le malade sort guéri. Revu au bout de trois ans et demi, en excellent état. A fait, au bout de six mois, une nouvelle perforation. Tout passe par le pylore.

OBS. 34. — Homme de cinquante ans. Pas d'antécédents. Pris, dix-huit heures auparavant, de douleurs très vives à l'arrivée, avec contracture, sans vomissement. A l'intervention, on trouve une très large perforation duodénale. On fait une suture au bouton sans drainage. Le malade meurt d'une pneumonie la troisième semaine après l'intervention.

OBS. 35. — Femme de soixante-quatre ans. A déjà eu des crises antérieures. Prise, huit heures auparavant, de douleurs qui persistent à l'arrivée, avec contracture, sans vomissement. A l'intervention, on trouve une large perforation d'ulcère juxta-pylorique. On fait une suture au bouton avec drainage. La malade meurt.

OBS. 36. — Femme de trente ans. A déjà eu des crises antérieures. Prise, vingt-quatre heures auparavant, d'une douleur qui subsiste à l'arrivée, avec forte contracture, sans vomissement. A l'intervention, on trouve une perforation punctiforme d'ulcère juxta-pylorique. On fait une suture au bouton avec drainage. La malade sort guérie. Revue trois ans après, en excellente santé. A fait une grossesse à terme.

OBS. 37. — Homme de cinquante-neuf ans. A déjà souffert. Pris, huit heures auparavant, de douleurs qui subsistent à l'arrivée, avec contracture et vomissements. A l'intervention, large perforation d'ulcère calleux juxta-pylorique. On fait une suture au bouton avec drainage. Le malade sort guéri. Revu trois ans après, en bonne santé. Pesanteur après les repas. Examen radiologique montrant une évacuation par la bouche et le pylore.

OBS. 38. — Homme de soixante-dix ans. Pas d'antécédents. Pris plusieurs jours auparavant. Vient avec douleurs, contracture, sans vomissement. A l'intervention, on trouve une perforation d'ulcère calleux de la petite courbure. On fait une suture au bouton sans drainage. Le malade meurt.

OBS. 39. — Homme de quarante ans. A déjà eu des crises antérieures. Pris, depuis six heures, de douleurs très vives à l'arrivée, avec contracture très marquée, sans vomissement. A l'intervention, on trouve une perforation lenticulaire d'ulcère calleux du duodénum. On fait une suture au bouton sans drainage. Le malade sort guéri. Revu deux ans et demi après. Ne souffre plus. N'a jamais vomi. Aucun régime. Evacuation par la bouche et le pylore.

OBS. 40. — Homme de quarante-trois ans. A déjà souffert. Pris, six heures auparavant, de douleurs, très vives à l'arrivée, avec contracture très marquée, sans vomissement. A l'intervention, on trouve une perforation lenticulaire d'ulcère calleux juxta-pylorique. On fait une suture au bouton sans drainage. Le malade sort guéri. Revu deux ans et demi après, en excellente santé. Tout passe par le pylore.

OBS. 41. — Femme de soixante-sept ans. Pas d'antécédents. Prise, cinq heures auparavant, de douleurs qui subsistent à l'arrivée, sans contracture, sans vomissement. A l'intervention, on trouve une perforation d'ulcère de la partie supérieure de la petite courbure. On fait une résection de l'ulcère avec drainage. La malade meurt trois semaines après.

OBS. 42. — Homme de soixante-trois ans. Souffre depuis longtemps de l'estomac. Aucun autre renseignement. A l'intervention, on trouve une perforation couverte d'ulcère calleux juxta-pylorique. On fait une résection. Polya-Finsterer, sans drainage. Le malade sort guéri.

OBS. 43. — Homme de soixante-six ans. Pas d'antécédents. Pris, dix-huit heures auparavant, de douleurs qui subsistent à l'arrivée, avec contracture marquée, sans vomissement. A l'intervention, on trouve une perforation lenticulaire du duodénum. On fait une suture au bouton avec drainage. Le malade meurt.

OBS. 44. — Homme de quarante-trois ans. N'a jamais souffert. Pris, trois heures auparavant, de douleurs qui subsistent à l'arrivée, avec contracture marquée, sans vomissement. A l'intervention, on trouve une perforation lenticulaire du duodénum. On fait une suture au bouton sans drainage. Le malade sort guéri. Revu un an et demi après, en excellente santé. Aucun régime. Examen radiologique : tout passe par la bouche.

OBS. 45. — Homme de trente et un ans. A déjà eu des crises antérieures. Pris, six heures auparavant, d'une douleur qui persiste intense

à l'arrivée, avec contracture, sans vomissement. A l'intervention, on trouve une petite perforation d'ulcère calleux du duodénum. On fait une suture au bouton sans drainage. Le malade sort guéri. Revu un an après, en bonne santé. Pas de régime. Examen radiologique : tout passe par la bouche.

OBS. 46. — Homme de quarante-huit ans. A déjà eu des crises antérieures. Pris, dix-huit heures auparavant, de douleurs qui persistent à l'arrivée, avec contracture très marquée, sans vomissement. A l'intervention, on trouve une perforation lenticulaire d'ulcère calleux du duodénum. On fait une suture au bouton avec drainage. Le malade sort guéri. Revu au bout d'un an. Aucun trouble. Pas de régime. Tout passe par la bouche.

OBS. 47. — Femme de cinquante-huit ans. A déjà eu des crises douloureuses. Prise, deux heures auparavant, de douleurs qui sont très vives à l'arrivée, avec contracture, sans vomissement. A l'intervention, on trouve une large perforation d'ulcère calleux de la petite courbure. On fait une résection de l'ulcère avec drainage. La malade meurt un mois après.

OBS. 48. — Femme de cinquante-sept ans. A déjà souffert antérieurement. On n'a aucun autre renseignement. A l'intervention, on trouve une perforation couverte. On fait une anastomose sans drainage. La malade sort guérie.

OBS. 49. — Homme de cinquante-deux ans. A déjà eu de nombreuses crises antérieures. Aucun autre renseignement. A l'intervention, on trouve une perforation couverte. On fait une anastomose sans drainage. Le malade sort guéri. Revu au bout d'un an. Aucun trouble, pas de régime. Examen radiologique : tout passe par la bouche.

OBS. 50. — Homme de trente-six ans. A déjà eu des crises antérieures. Pris, six heures auparavant, de douleurs qui subsistent à l'arrivée, avec contracture, sans vomissement. A l'intervention, on trouve une perforation lenticulaire du duodénum qu'on suture au bouton sans drainage. Le malade sort guéri. Revu au bout de neuf mois. Pas de régime. Examen radiologique : tout passe par la bouche.

OBS. 51. — Homme de quarante-deux ans. A déjà eu des crises antérieures. Pris, six heures auparavant, de douleurs qui sont très vives à l'arrivée, avec contracture très marquée, sans vomissement.

A l'intervention, on trouve une perforation du duodénum. On fait une suture au bouton avec drainage. Le malade sort guéri. Revu au bout de sept mois, avec quelques malaises. Suit un régime. Examen radiologique : tout passe par la bouche.

OBS. 52. — Homme de quarante-sept ans. A déjà eu des crises douloureuses antérieures. Pris trois heures auparavant. A l'arrivée, la douleur est intense, avec une contracture très marquée, sans vomissement. A l'intervention, on trouve une perforation lenticulaire juxta-pylorique. On fait une suture au bouton avec drainage. Le malade sort guéri. Revu au bout de sept mois, en bonne santé. Pas de régime. Examen radiologique : évacuation par la bouche et le pylore.

OBS. 53. — Homme de vingt-trois ans. A déjà eu de nombreuses crises douloureuses. Pris, six heures auparavant, de douleurs qui subsistent à l'arrivée, avec contracture, sans vomissement. A l'intervention, on trouve une perforation lenticulaire juxta-pylorique. On fait une suture au bouton avec drainage. Le malade sort guéri. Revu au bout de six mois. Aucune douleur. Aucun vomissement.

OBS. 54. — Femme de soixante-neuf ans. A déjà souffert. Prise, depuis six heures, d'une douleur qui persiste à l'arrivée, avec contracture, pas de vomissement. A l'intervention, on trouve une perforation lenticulaire de la petite courbure. On fait une suture au bouton avec drainage. La malade sort guérie. Revue au bout de cinq mois, en excellente santé. Pas de régime. Tout passe par le pylore.

OBS. 55. — Homme de vingt-sept ans. A déjà eu des crises antérieures. Pris, depuis quatre heures, de douleurs qui sont très violentes à l'arrivée, avec contracture et vomissements. A l'intervention, on trouve une perforation de la petite courbure. On fait une suture au bouton avec drainage. Le malade sort guéri. Revu au bout de cinq mois, en parfait état. Examen radiologique : tout passe par le pylore.

OBS. 56. — Homme de quarante-trois ans. N'a jamais souffert. Pris, trois heures auparavant, d'une douleur qui est très vive à l'arrivée, avec contracture, sans vomissement. A l'intervention, on trouve une perforation lenticulaire du duodénum. On fait une suture au bouton, sans drainage. Le malade meurt.

OBS. 57. — Homme de soixante-six ans. A déjà présenté des crises antérieures. Pris, six heures auparavant, de douleurs qui sont très

vives à l'arrivée, avec contracture, sans vomissement. A l'intervention, on trouve une perforation lenticulaire du duodénum. On fait une suture au bouton sans drainage. Le malade sort guéri.

OBS. 58. — Homme de cinquante-sept ans. N'a pas d'antécédents. Pris, six heures auparavant, d'une douleur qui est très vive à l'arrivée, avec contracture, sans vomissement. A l'intervention, on trouve une perforation lenticulaire juxta-pylorique. On fait une suture au bouton avec drainage. Le malade meurt d'occlusion secondaire.

OBS. 59. — Femme de cinquante-cinq ans. A déjà eu des crises antérieures. Prise sept heures auparavant. A l'arrivée, douleurs qui subsistent, avec contracture très marquée, sans vomissement. A l'intervention, on trouve une perforation lenticulaire d'ulcère calleux juxta-pylorique. On fait une suture au bouton sans drainage. La malade sort guérie.

OBS. 60. — Homme de quarante-trois ans. Pris, trois heures auparavant, de douleur. A l'intervention, on trouve une perforation duodénale de la dimension d'une lentille. Bile et ascite dans l'abdomen. On fait une suture au bouton avec drainage. Le malade part mourant.

OBS. 61. — Homme de soixante-six ans. Pris six heures auparavant. A l'intervention, on trouve une perforation située à 2 centimètres du pylore, sur la première portion du duodénum de laquelle il sort du liquide. On fait une gastro-entérostomie au bouton sans drainage. Le malade sort guéri.

OBS. 62. — Homme de cinquante-sept ans. Opéré à la sixième heure d'une perforation siégeant sur le duodénum, dans la région pré-pylorique. Obturation par plissement. Gastro-entérostomie au bouton avec drainage. Le malade meurt par occlusion, par volvulus.

OBS. 63. — Femme de quarante-trois ans. Opérée à la septième heure d'une perforation d'un ulcère calleux siégeant dans la région duodéno-pylorique. Présence de liquide. Obturation par plicature. Gastro-entérostomie au bouton. Pas de drainage. Sort guérie. Revient quatre ans et demi après avec un ulcère peptique du jéjunum au niveau de la bouche. La malade meurt.

OBS. 64. — Homme de soixante-dix ans. Opéré au bout de vingt-quatre heures d'une perforation duodénale pré-pylorique. Petite perforation avec pus et fausses membranes. Obturation, bouton. Pas de drainage. Meurt à la fin de l'opération.

OBS. 65. — Homme de soixante-treize ans. Opéré 4 heures et demie après avoir fait une perforation totale. Suture, bouton. Pas de drainage. Mort par congestion.

OBS. 66. — Femme entrant pour vésicule. En réalité, perforation d'un ulcère siégeant sur le versant duodénal du pylore, perforation couverte par la vésicule et les adhérences. Anastomose au fil. Cholécystectomie. Drainage. Guérison.

OBS. 67. — Homme de trente-six ans. Opéré à la quatrième heure d'une perforation lenticulaire siégeant sur un ulcère pyloro-duodénal. Suture en bourse. Gastro-entérostomie au bouton. Pas de drainage. Guérison.

OBS. 68. — Homme. Opéré tardivement d'une perforation duodénale obturée par la vésicule. Laparotomie, fermeture. Le malade meurt.

OBS. 69. — Homme de cinquante-neuf ans. Opéré à la vingt-quatrième heure d'une perforation pyloro-duodénale d'un ulcère calleux. Plicature et anastomose au bouton. Pas de drainage. Guérison.

OBS. 70. — Homme de quarante-deux ans. Opéré au bout de quatre heures d'une perforation lenticulaire d'un ulcère calleux, avec adhérences de l'épiploon. Obturation par plissement. Le malade avait été opéré un an avant d'un ulcère juxta-cardiaque. On lui avait fait une résection en selle, avec une anastomose au bouton. Pas de drainage. Guérison. Ce même malade revient un an après pour hémorragies intestinales. On fait une section du pylore et on anastomose la bouche intestinale agrandie avec la tranche stomacale.

OBS. 71. — Homme de soixante ans. Opéré à la sixième heure d'une perforation pyloro-duodénale, obturée par le ligament suspenseur oedématié. Suture et bouton. Pas de drainage. Guérison.

OBS. 72. — Homme de vingt-six ans. Opéré à la sixième heure d'une perforation lenticulaire siégeant sur la première portion du duodénum. Suture, bouton. Pas de drainage. Guérison.

OBS. 73. — Femme de trente-trois ans. Opérée à la huitième heure d'une perforation d'un ulcère siégeant sur la région médiane de la petite courbure. Péritonite généralisée. Suture, bouton. Guérison et bonnes suites.

CONCLUSIONS

I. — Parmi tous les procédés employés dans le service pour le traitement des perforations gastro-duodénales : gastrectomie (Polya, Billroth, résection en selle), suture simple, suture avec bouton, suture avec anastomose au fil ou laparotomie avec tamponnement, nous pensons que la suture avec gastro-entérostomie au bouton constitue la technique de choix.

II. — On doit en effet tenir compte en cette chirurgie d'urgence : de l'état de shock du malade, de son âge, de la nécessité d'agir vite. Il s'ensuit que la suture avec gastro-entérostomie au bouton est l'opération minima. Elle est préférable à la gastrectomie qui conserve son indication évidente en cas de perforation couverte chez les malades résistants.

III. — Elle constitue déjà, quoique imparfaite, une opération suffisamment complète :

a) Pour des gens qui volontairement ne reviendraient jamais se faire réopérer.

b) Pour des cas dans lesquels le plus souvent la plicature d'un ulcus calleux rétrécirait le calibre.

IV. — L'anesthésie le plus fréquemment employée fut l'éther. Depuis quelques années, la percaïne lui fut préférée en particulier pour le silence abdominal qu'elle procure, sous réserve toutefois d'utiliser des doses prudentes. L'anesthésie locale, si utile en chirurgie gastrique ordinaire, ne peut être pratiquée par suite du ventre de bois.

V. — La suture avec gastro-entérostomie au bouton fut ainsi utilisée dans près des deux tiers des cas.

Elle répond au but poursuivi sous deux conditions :

La première, de réaliser une obturation très minutieuse de la

perforation par deux plans totaux en croix au fil, plicature séro-musculaire en tissu sain; la seconde, de pratiquer des ouvertures très petites pour la mise en place du bouton et de serrer celui-ci à fond.

VI. — Le drainage ne semble pas influencer les résultats qui sont analogues avec ou sans lui.

VII. — Les soins post-opératoires, qui ont consisté d'abord en toni-cardiaques, ont donné une amélioration réelle lorsqu'ils furent complétés ultérieurement par le sérum de Vincent, le sérum salé hypertonique intra-veineux, et enfin par le lavage d'estomac.

VIII. — Les résultats immédiats furent influencés par l'âge du malade, la dimension de la perforation et l'heure à laquelle on intervint. Ils correspondent, dans l'ensemble, à ceux donnés par les meilleures statistiques habituelles. En particulier, les perforations traitées par suture et bouton ont donné des suites opératoires très simples et sans incident.

IX. — Les résultats éloignés, s'ils ne peuvent rivaliser avec ceux donnés par les gastrectomies proposées par certains, sont en tous cas très satisfaisants, puisqu'un sixième seulement des malades qui ont répondu à l'appel systématique ont révélé des troubles réclamant un traitement complémentaire.

Vu :

Le Doyen,
G. ROUSSY.

Vu :

Le Président de thèse,
B. CUNÉO.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

On trouvera, dans la monographie de Mondor et Lauret (Paris, 1923), les travaux parus à cette date.

Après cette monographie d'ensemble, la bibliographie que nous avons pu retrouver est la suivante :

- ALESSANCHI. — Nouvelles contributions au traitement de la perforation des ulcères gastro-duodénaux par la résection. — *Société de Chirurgie du Piémont*, 31 mars 1934.
- BAGER (B.). — Contribution à l'étude de l'étiologie, de la clinique et de la thérapeutique des ulcères gastro-duodénaux perforés, avec une enquête sur les résultats éloignés des diverses méthodes opératoires. — *Acta Chirurgica scandinavia*, vol. LXIV, suppl. XI, 1929, p. 320.
- BARBERA GIOVANNI. — Sur 100 cas de perforations d'ulcères gastriques ou duodénaux. — *Il Policlinico*, an. XXXVII, n° 1, 15 novembre 1930, pp. 522-540.
- BERNARD DESPLAS. — A propos de la communication de M. Judine. — *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 3 juin 1933.
- BIZARD et MALAKAY. — Avenir des perforations d'ulcères gastro-duodénaux. — *Echo médical du Nord*, janvier 1935.
- BRAUN (Berlin). — Le traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés par le procédé de Neumann (manchette épiploïque). — *Journal de Chirurgie*, an. III, t. 9, 1^{er} mai 1931, pp. 401-406.
- BROGLIV-PERNVOERTH. — Expérience des ulcères gastro-duodénaux perforés. — *Sézioma chirurgie*, février 1933.
- CAMPO (J.-C. DEL) et UGON (K.-V.-A.). — Ulcères gastriques et duodénaux perforés. — *Annals de la Facultad de Medicina*, Montevideo, t. XIV, n° 4, avril 1929, pp. 401-411.
- CHABRUT. — Sur 25 perforations d'ulcères gastro-duodénaux en péritoine libre. — *Journal de Chirurgie*, t. II, 1931, pp. 658-667.
- CHIASSEBINI. — La résection dans le traitement de l'ulcère gastro-duodénal perforé. — *Journal de Venise des Sciences médicales*, an. V, n° 3, mars 1931, pp. 184 à 205.
- CREYSSSEL et MOURGUES (J. DE). — Sur les résultats immédiats et éloignés des interventions pour ulcères gastro-duodénaux perforés (d'après 194 observations). — *Revue de Chirurgie*, an. LII, n° 8, octobre 1933, pp. 627-637.
- CRISTOBAL PERA JUMENEZ. — Ulcères perforés de l'estomac et du duodénum en péritoine libre. — *Revista Medica de Barcelona*, 1932.
- DUNBAR (J.). — 387 cas de perforation d'ulcère gastro-duodénal. — *The Glasgow medical Journal*, nouv. sér., vol. XXIV, n° 2, août 1926, pp. 109-113.

- FABRE. — Considérations cliniques et thérapeutiques dans les perforations d'ulcères gastro-duodénaux (préconise le bouton de Jaboulay). — *Thèse Lyon*, 1928.
- FERNICOLA (C.). — Traitement chirurgical des ulcères de l'estomac et du duodénum perforés en péritoine libre. — *La Prensa Medica Argentina*, an. XIV, n° 30, 30 mars 1928, pp. 1082-1104.
- FILMOUR (J.) et SAINT (J.-H.). — Perforation d'ulcères gastro-duodénaux. Revue de 64 cas. — *The british Journal of Surgery*, vol. XX, n° 77, juillet 1933, pp. 78-90.
- FISHER. — Etude de 38 cas d'ulcères perforés. — *Journal médical d'Australie*, vol. 1, n° 17, 29 avril 1933, pp. 524-526.
- GABRIELLI. — Perforation gastro-duodénale, contribution statistique clinique. — *Reforma Medica*, décembre 1932.
- GANDY. — Ulcères gastro-duodénaux perforés en péritoine libre, étude clinique et résultats éloignés. — *Thèse Paris*, 1934.
- GUILLEMINET et LATREILLE (Lyon). — Résultats du traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés. — *Journal de Chirurgie*, 1929, t. 1.
- HARTGLAS-GRENFELD. — Perforation couverte gastro-duodénale. — *Presse médicale*, mars 1933, p. 500.
- HAUGSETH (K.) (Horten). — Résultats éloignés des opérations pratiquées à l'Hôpital maritime, pour ulcère gastro-duodéal, de 1919 à 1931. — *Norsk Magazin for Laegevidenskapen*, an. XCIII, n° 10, octobre 1932, pp. 1060-1066, avec 4 planches.
- HOCHE (O.) et MARANGOS (G.) (Vienne). — Clinique et thérapeutique de l'ulcère perforé de l'estomac et du duodénum. — *Arch. für Klinische Chirurgie*, t. CLXIX, fasc. 4, avril 1932, pp. 626-639.
- KONJETZNY (Kiel). — Les principes du traitement chirurgical de l'ulcère gastro-duodéal. — *Deutsche medizinische Wochenschrift*, an. LV, n° 1, 4 janvier 1929, pp. 9-13.
- KRENTER (Nuremberg). — Remarques sur 150 perforations d'ulcères gastro-duodénaux traités opératoirement : 80 résections primitives, 70 opérations palliatives. — *Zentralblatt für Chirurgie*, t. LIX, n° 34, 20 août 1932, pp. 2017-2019.
- LAINÉ (A.). — Résultats éloignés du traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux. — *Archives des Maladies de l'Appareil digestif et de la Nutrition*, 1928, p. 541.
- LASTRA (JOSÉ). — A propos de 10 cas de perforation d'ulcère de l'estomac et du duodénum. — *Archives des Maladies de l'Appareil digestif et de la Nutrition*, 1928, p. 920.
- LASTRA (J.-S.) (La Havane). — 10 cas de perforation d'ulcères de l'estomac et du duodénum. — *Vida nueva*, vol. XIX, n° 3, 15 mars 1927, pp. 79-82.
- LEWISHON (R.) (New-York). — Résultats tardifs dans les ulcères gastro-duodénaux perforés. — *Annals of Surgery*, vol. LXXXVII, n° 6, juin 1928, pp. 855-860.
- MARTIN (A.-F. SAN). — A propos des perforations des ulcères gastro-duodénaux en péritoine libre. — *Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirurgia de Buenos-Aires*, t. 13, 31 juillet 1929, pp. 491-494.

- MEYER et BRAUNS (Chicago). — Etude de 62 cas de perforation aiguë d'ulcères gastriques et duodénaux. — *The American Journal of the medical Sciences*, vol. CLXXI, n° 4, avril 1926, pp. 510-514.
- MONCANY. — 17 cas de perforations d'ulcères gastro-duodénaux. — *Bull. et Mém. de la Soc. des Chirurgiens de Paris*, t. XIX, n° 14, 4 novembre 1927, p. 661.
- MORVILLE (P.) (Copenhague). — L'ulcère perforé de l'estomac et du duodénum ; résultats éloignés de la suture de l'ulcère. — *Hospitalstidende*, an. LXXIII, n° 11, 13 mars 1930, pp. 315-332.
- MOURGUES (DE). — Résultats immédiats et éloignés des interventions pour ulcères gastro-duodénaux perforés. — *Thèse Lyon*, 1933.
- NAUMANN. — Traitement de l'ulcère gastro-duodénal perforé en cavité abdominale libre. — *Arch. f. Vilin. Chir.*, 11 mars 1926, t. CXXXIX, fasc. 2-3, pp. 434-471.
- NAUMANN (Leipzig). — Traitement de l'ulcère gastro-duodénal perforé en cavité abdominale libre. — *Archives des Maladies de l'Appareil digestif et de la Nutrition*, 1927, p. 352.
- NAUMANN. — Considérations critiques sur l'état actuel du traitement de l'ulcère gastro-duodénal perforé en péritoine libre. — *Arch. für Klinische Chirurgie*, t. CXXXIX, fasc. 2-3, 11 mars 1926, pp. 434-470.
- PATIL-DESJACQUES. — Drainage sus-pubien dans les perforations des ulcères gastro-duodénaux. — *Presse médicale*, 15 février 1933.
- PROMPTOWA. — Sur le traitement chirurgical des perforations gastriques et duodénales. — *Bruns Beiträge Zin Klinischen Chirurgie*, t. CXLIX, fasc. 2, avril 1930, pp. 297-310.
- RAPAUT (V.) (Brünn). — Sur le traitement des perforations aiguës des ulcères de l'estomac et du duodénum. — *Zentralblatt für Chirurgie*, t. LVII, n° 19, mai 1930, pp. 1143-1146.
- RICARD. — De la gastro-entérostomie complémentaire dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés (préconise le bouton de Jaboulay). — *Presse médicale*, 10 août 1929.
- RICHARD (Bâle). — Sur la question de la résection primitive dans les perforations gastro-duodénales. — *Zentralblatt für Chirurgie*, t. LVIII, n° 3, 17 janvier 1931, pp. 149-152.
- SHELLEY (H.) (New-York). — Ulcères perforés. Etude statistique et radiologique de 82 cas. — *The American Journal of Surgery*, vol. XV, n° 2, février 1932, pp. 276-303.
- SCHWARTZ. — Traitement des perforations en péritoine libre des ulcères de l'estomac et du duodénum et de l'ulcère peptique du jéjunum. — *Bruns Beiträge, zin Klinischen Chirurgie*, t. CXLV, n° 2, pp. 212-229.
- SCHWARTZ. — Traitement de la perforation en cavité libre de l'ulcère gastrique et duodénale et de l'ulcère du jéjunum. — *Beitr. Klin. Chir.*, 14 décembre 1928.
- SCOLLO. — Ulcères gastro-duodénaux perforés et leur traitement. — *II Policlinico*, 15 mai 1932.
- SOSTEGNI. — Revision de 52 opérés pour perforation gastrique. — *Société lombarde de Chirurgie*, vol. 2, n° 16, séance du 27 juillet 1934, pp. 1469-1476.

- SCHWARTZ (Kiew). — Sur la question des perforations gastriques. — *Zentralblatt für Chirurgie*, t. LVI, n° 17, 27 avril 1929, pp. 1057-1061.
- STARLINGER (P.). — Résultat du traitement chirurgical au cours de vingt-cinq ans, pour des ulcères gastro-duodénaux. — *Archives des Maladies de l'Appareil digestif et de la Nutrition*, 1928, p. 713.
- TONDEUR (Bruxelles). — Dans quelle proportion les ulcéreux opérés pour perforations restent-ils guéris ? — *Revue de Chirurgie*, an. L, n° 5, mai 1931, pp. 356-368.
- TROUT. — Traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés. — *Journal of Am. med. Arch.*, 5 janvier 1935.
- URRATIA. — Traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés. Résultats éloignés. — *La Medicina Ibero*, an. XIII, t. XXIV, vol. 1, n° 606, 22 juin 1929, pp. 809-815.
- URRUTIA. — Résultats éloignés des interventions pour ulcères gastro-duodénaux perforés. — *Annals of Surgery*, juillet 1929, pp. 73-78.
- WHITE et PATERSON. — Résultats éloignés de la suture simple dans la perforation aiguë de l'ulcus duodénal. — *Annales of Surgery*, avril 1931.
- WILMOTH (P.). — Statistique de 42 cas d'ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. — *Journal de Chirurgie*, 1930, t. 11, p. 712.
- WILLIAMS (H.) et WALSH (CH.). — Traitement de l'ulcère perforé. — *The Lancet*, vol. CCXVII, n° 5549, 4 janvier 1930, pp. 9-12.
- WOLFSON et GRAY (J.) (Brooklyn). — Ulcères gastro-duodénaux perforés. Rapport de 27 cas. — *Annals of Surgery*, vol. IC, n° 2, février 1929, pp. 264-271. Cf. *Journ. de Chir.*, 1929, t. 2, p. 380.
- ZUCKSCHWERDT et ECK. — Traitement de l'ulcère de l'estomac et du duodénum perforé en cavité libre. — *Deutsch. Zeit. f. Chir.*, 1931, pp. 299-317.